**Miejscowość i data:**

|  |
| --- |
|  |

**Pieczątka pracodawcy**

# Zaświadczenie do rozliczenia bonu na zasiedlenie

## Dane identyfikacyjne pracodawcy/osoby wystawiającej zaświadczenie

Nazwa:

NIP:

REGON:

Adres siedziby pracodawcy:

## Zaświadczam że Pan(i):

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

1. **Był(a) zatrudniony(a) na umowę o pracę (proszę podać daty w formie dd-mm-rrrr) oraz wymiar etatu:1/1- pełen etat,1/…-część etatu)**

od do w wymiarze etatu:

od do w wymiarze etatu

I podlegał(a)/ nie podlegał(a)[[1]](#footnote-1) w tych okresach ubezpieczeniom społecznym.

1. **Wykonywał(a) osobiście inna pracę zarobkową (proszę podać daty w formacie dd-mm-rrrr oraz rodzaj umowy np.. umowa zlecenie)**

od do rodzaj umowy

od do rodzaj umowy

I podlegał(a)/ nie podlegał(a)\* w tych okresach ubezpieczeniom społecznym.

1. **Pracował(a) w okresach wymienionych w pkt A i B na terenie miejscowości (należy podać nazwę i kod pocztowy miejscowości):**
2. **Osiągnął(ęła) miesięcznie wynagrodzenie lub dochód brutto w związku z wykonywana pracą w pkt. A/B w wysokości (kwoty należy podać w złotych, w wartościach brutto)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Miesiąc i rok świadczenia pracy (mm/rrrr)** | **Osiągnięte wynagrodzenie- brutto** | **Podstawa wymiaru składek społecznych** | **Miesiąc wykazania w RCA do ZUS** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Miał(a) wypłacone świadczenie i wynagrodzenia za czas absencji chorobowej oraz rodzaje i okresy przerw w opłacaniu składek na ubezpieczenia społeczne występujące w okresach wymienionych w pkt. A/B (rodzaj okresu np.: wynagrodzenie chorobowe 80%, zasiłek chorobowy, urlop bezpłatny)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj świadczenia/przerwy  w opłacaniu składek** | **Okres od  (dd-mm-rrrr)** | **Okres do  (dd-mm-rrrr)** | **Liczba dni** | **Kwota w zł** | **Miesiąc wykazania  w RCA, RSA do ZUS** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Świadomy odpowiedzialności i zapoznany/a z treścią art. 297 §1 §2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny oświadczam, że zamieszczone dane zgodne są ze stanem faktycznym.

**Podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej oraz pieczątka adresowa**

1. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)